

Agata Wilk

Katolicki Uniwersytet Lubelski
Wydział Nauk Społecznych
Katedra Psychologii Rozwojowej
20-950 Lublin, Al. Raławickie 14

Aktywność ruchowa w kontekście rehabilitacji psychiatrycznej na przykładzie Środowiskowego Domu Samopomocy w Lublinie

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie Czytelnikowi różnorodnych form aktywności ruchowej w terapii osób z zaburzeniami psychicznymi z akcentowaniem ich walorów zdrowotnych. Autor odwołuje się do własnych obserwacji, poczynionych w trakcie wieloletniej praktyki zawodowej w Środowiskowym Domu Samopomocy w Lublinie, ul. Nałkowskich 78. Rehabilitacja ruchowa w ŚDS stosowana jest w formie ćwiczeń ogólnie usprawniających, zajęć sportowych, zajęć taneczno-ruchowych oraz zajęć rekreacyjnych. W dalszej części artykułu autor skupi się na krótkim omówieniu form aktywności ruchowej, takich jak: rekreacja (*nordic walking*, spacer, wycieczki rowerowe), aerobic, zajęcia na sali gimnastycznej, zawody sportowe, choreoterapia.

Słowa klucze: aktywność fizyczna, rehabilitacja psychiatryczna, choroby psychiczne.

Wstęp

Konsekwencją rozwijania od początku lat 70. XX w. idei psychiatrii środowiskowej były nowatorskie inicjatywy organizacyjne, zmierzające do zachowania ciągłości opieki nad pacjentem, redukcji łóżek w szpitalach psychiatrycznych, rozwijania sieci leczenia ambulatoryjnego i oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, tworzenia nowych organizacyjnie form opieki środowiskowej (Ciałkowska, Adamowski, Kiejna, 2009). Powyższa idea „pociągała” za sobą tworzenie pozafarmakologicznych form leczenia zaburzeń psychicznych. Tak powstała rehabilitacja psychiatryczna rozumiana jako system skoordynowanych

oddziaływań społecznych, psychologicznych, wychowawczych i medycznych umożliwiających chorym psychicznie w miarę samodzielną egzystencję i integrację społeczną (Meder, 1996; zob. również Liberman, 2008).

Zaburzenia psychiczne znajdują się niewątpliwie w grupie chorób związanych z największym negatywnym wpływem na funkcjonowanie społeczne oraz jakość życia pacjentów. Wciąż rosnąca liczba pacjentów z niesprawnością psychiczną, także w Polsce, stanowi poważny problem społeczny, medyczny oraz ekonomiczny, będąc wyzwaniem dla szeroko pojętej opieki zdrowotnej nad osobami chorymi psychicznie (Dobrzyńska, Rymaszewska, Kiejna, 2008). W ostatnich latach zwiększyła się także liczba dostępnych placówek zajmujących się diagnostyką i terapią zaburzeń psychicznych – poradni zdrowia psychicznego, zespołów opieki środowiskowej, oddziałów dziennych psychiatrycznych. Bogatszą i bardziej kompleksową opiekę zdrowotną dla pacjentów nieprzebywających w szpitalach psychiatrycznych przewiduje Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego jednym z celów jest upowszechnienie tzw. środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (2011, s. 3). Działalność rehabilitacyjna w modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest wielokierunkowa i obejmuje swym zasięgiem różne służby i wszystkie grupy zawodowe pracowników danej placówki. Tworząc programy rehabilitacyjne dla pacjentów przewlekle chorych psychicznie, proponowane formy pomocy dostosowuje się do zmieniających się możliwości (Meder, 1996). Biorąc pod uwagę kompleksowość oddziaływań terapeutycznych w rehabilitacji psychiatrycznej, nie można zapominać o potrzebie aktywności ruchowej i jej wpływie na pozytywne samopoczucie osób przewlekle chorych. Aktywność ruchowa jest jednym ze składników leczenia kompleksowego. Spełnia w tym kompleksie rolę dwojaką: z jednej strony stanowi metodę aktywizacji motoryki i pośredniego oddziaływania na poziom czynności psychicznych, z drugiej zaś – stanowi postać terapii grupowej (Bondarenko, 1974). Regularna aktywność fizyczna niesie za sobą istotne korzyści zdrowotne, takie jak zmniejszenie otyłości i nadciśnienia tętniczego oraz poprawę wydolności układu krążenia. Korzyści z aktywności fizycznej w zakresie zmniejszenia chorobowości i śmiertelności są wystarczającym uzasadnieniem dla włączenia jej do rehabilitacji psychiatrycznej (Faulkner, Carless, 2003).

Ciężar choroby psychicznej wykracza poza cierpienie związane z objawami psychotycznymi. W porównaniu z populacją ogólną osoby cierpiące na schizofrenię i inne zaburzenia psychiczne wykazują wyższe wskaźniki otyłości, mają większe ryzyko przedwczesnej śmierci z powodu chorób serca i dysfunkcji naczyń mózgu (McLeod, Jaques, Deane, 2009). Wiele czynników, które zostały zidentyfikowane jako potencjalne przyczyny takiego stanu to m.in.: złe odżywianie, działania niepożądane leków psychotropowych oraz brak aktywności fizycznej. Liczne badania potwierdzają również większy odsetek palaczy wśród chorych na schizofrenię w porównaniu do zdrowej populacji (Karakula,

Pawelczak, Stecka, 2012). Dane te mogą wskazywać, że osoby cierpiące na schizofrenię wymagają większego uczestnictwa w rehabilitacji ruchowej niż osoby w populacji ogólnej. Interwencje aktywności fizycznej stają się coraz bardziej ważnym elementem w kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej m.in. z następujących powodów: częste problemy z nadwagą i podwyższone wskaźniki przewlekłych chorób fizycznych u osób z zaburzeniami psychicznymi (McLeod i in., 2009).

Aktywność fizyczna jako jeden z najważniejszych celów rehabilitacji psychiatrycznej

Jednym z wielu celów rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi jest wyposażenie chorego z zaburzeniami psychicznymi w umiejętności fizyczne (Czechnicki, 2009). W tej części artykułu przyjrzymy się bliżej zagadnieniu, dlaczego tak ważna jest aktywność ruchowa wśród osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi.

Spośród wielu objawów psychopatologicznych w chorobach psychicznych wyróżnić możemy zaburzenia czynności motywacyjnych tradycyjnie opisywanych jako zaburzenia woli (Jarosz, 1988; Wciórka, 2004). W ogólnym funkcjonowaniu osoby przewlekłe chorującej psychicznie obserwuje się obniżoną motywację do podejmowania aktywności własnej i niechęć do wysiłku. Owa postawa wpływa na słabą kondycję fizyczną, co skutkuje szybką męczliwością w sytuacji podejmowanej aktywności ruchowej. W konsekwencji pojawia się zniechęcenie i odmowa kontynuacji w zajęciach ruchowych. Jest to jeden z najczęstszych problemów, z jakim musi „zderzyć” się rehabilitant w motywowaniu podopiecznych do zajęć. Oprócz objawów pozytywnych (urojenia, omamy, zdezorganizowane zachowanie) w chorobach psychicznych charakterystyczne są również objawy negatywne m.in. obniżenie motywacji, brak inicjatywy własnej, bierność i niechęć do podejmowania aktywności celowej (Jarosz, 1988; Wciórka, 2004). Sprawiają one, że chory przejawia obniżoną motywację do aktywności ruchowej. W konsekwencji owa postawa prowadzić może do zaniedbywania aktywnych form odpoczynku i ograniczania ogólnej sprawności fizycznej.

Informacje zawarte we wcześniejszej części artykułu dostarczają danych o wysokim wskaźniku otyłości w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi. Kondycja psychofizyczna chorych „zachwiana” jest z wielu powodów. Weźmy choćby pod uwagę sam czas hospitalizacji psychiatrycznej, która często trwa wiele miesięcy. W konsekwencji nasila się izolacja od środowiska rodzinnego i zawodowego oraz przyczynia się do utrwalenia niekonstruktywnych form spędzania czasu wolnego – siedzący tryb życia, leżenie w łóżku i niechęć do aktywności własnej.

Przyjrzyjmy się bliżej farmakoterapii zaburzeń psychicznych. Do leczenia psychoz najczęściej wykorzystywane są: sole litu, leki przeciwpadaczkowe, leki neuroleptyczne (Rybakowski, 2004), leki ataraktyczne, leki przeciwdepresyjne, leki psychostymulujące, środki psychodysleptyczne, leczenie insulinowe (Wojdysławska, Zaborowski, 1988). Z uwagi na przewlekłość choroby psychicznej wymagane jest wieloletnie przyjmowanie leków. Wywołują one szereg skutków ubocznych, do których należą m.in.: nadmierne zahamowanie ruchowe i senność, osłabienie siły mięśniowej połączone ze zmęceniem, uczucie zmęczenia, osłabienia, zawroty głowy, drżenie mięśniowe, zaburzenia apetytu i spowolnienie trawienia powodujące szybki wzrost masy ciała (Wojdysławska, Zaborowski, 1988). W przypadku chorych będących w stanie ostrej psychozy następuje nadmierna koncentracja na objawach wytwórczych choroby. Sprawia to, że chory wycofuje się z otaczającego go środowiska, zamyka się w świecie swych własnych przeżyć wewnętrznych, analizuje własne doznania, prowadzi wewnętrzne dialogi (Kępiński, 2001). Negatywne skutki uboczne leków i koncentracja na objawach pozytywnych choroby, stanowią dla chorego silną barierę w podjęciu aktywności w zajęciach terapeutycznych, prowokując u niego postawę niechęci angażowania się w dodatkowy wysiłek fizyczny.

Formy aktywności ruchowej realizowane przez Środowiskowy Dom Samopomocy w Lublinie

Aktywność ruchowa dostosowana do możliwości chorego to jedno z podstawowych zadań dla specjalisty rehabilitacji ruchowej (Florkowski, 2011). Należy wziąć pod uwagę fakt, że pacjent oddziału psychiatrycznego dużą część czasu spędza w łóżku, szczególnie w aktywnej fazie leczenia farmakologicznego, co niekorzystnie wpływa na jego sprawność fizyczną. Każdy uczestnik Środowiskowego Domu Samopomocy jest objęty kompleksowym oddziaływaniem terapeutycznym, zmierzającym do usprawnienia zaradności życiowej i nabycia podstawowych umiejętności realizowanych w życiu codziennym (Meder, 1996). Związane jest to na ogół z koniecznością opracowania indywidualnego planu wspierająco-aktywizującego dla każdego uczestnika, z uwzględnieniem zasady optymalnej stymulacji przez personel i zasady dostosowania rehabilitacji do możliwości psychofizycznych uczestników.

W 2012 r. w Środowiskowym Domu Samopomocy przy ul. Nałkowskich w Lublinie 80 uczestników było objętych indywidualnym planem postępowania wspierająco-aktywizującego (IPPW-A)¹, w którym sformułowano około 40 celów

¹ Indywidualny plan postępowania wspierająco-aktywizującego realizowany jest przy współpracy z opiekunem, jego forma regulowana jest przez rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy.

skoncentrowanych m.in.: na motywowaniu uczestników do aktywności ruchowej, zmianie nawyków żywieniowych, zmniejszeniu masy ciała itp. Opracowując program zajęć ruchowych w IPPW-A, uwzględniono rodzaj zaburzeń psychicznych, wiek, rodzaj, dawkę leków psychotropowych, ich uboczne działanie i towarzyszące choroby somatyczne.

Rehabilitacja ruchowa w ŚDS realizowana jest w formie ćwiczeń ogólnie usprawniających, zajęć sportowych, zajęć taneczno-ruchowych oraz zajęć rekreacyjnych. W dalszej części artykułu autor skupi się na krótkim omówieniu form aktywności ruchowej w Środowiskowym Domu Samopomocy według następującej kolejności:

1. Rekreacja (*nordic walking*, spacer, wycieczki rowerowe);
2. Aerobic;
3. Zajęcia na sali gimnastycznej;
4. Choreoterapia;
5. Piknik „Aktywnie i artystycznie”.

Rekreacja

Doskonałą formą poprawy ogólnej kondycji psychofizycznej u osób z zaburzeniami psychicznymi są: *nordic walking* (NW), spacer, jazda na rowerze. *Nordic walking* to forma rekreacji polegająca na marszach ze specjalnymi kijami. W porównaniu do zwyczajnego marszu, *nordic walking* angażuje stosowanie siły do kijów z obu stron (*each side*), dlatego osoby uprawiające *nordic walking* w większym zakresie angażują mięśnie ciała, co prowadzi do większego ich wzmocnienia niż przy zwyczajnym chodzeniu czy joggingu. Mięśnie (m.in. klatki piersiowej, tricepsy, bicepsy, ramion i brzucha) są również inaczej stymulowane niż w zwykłym marszu (<http://www.pfnw.eu/>). Badania Szczepańskiej-Gierach i in. (2010) dostarczyły danych, że trening marszowy o charakterze NW wpływa pozytywnie na jakość życia kobiet po leczeniu raka piersi poprzez zmniejszenie lęku i depresji oraz poprawę funkcjonowania w sferze psychologicznej i społecznej.

W każdy piątek o godz. 11 organizowane są zajęcia rekreacyjne, w ramach których realizowane są m.in.: *nordic walking*, spacer i wycieczka rowerowa. Dwie pierwsze formy aktywności odbywają się przez cały rok, zaś wycieczki rowerowe trwają w okresie maj–wrzesień. Udział w zajęciach jest dobrowolny, poprzedzony wcześniejszymi indywidualnymi zapisami. Miejsce spaceru nie jest przypadkowe. Ośrodek zlokalizowany jest w pobliżu rzeki Bystrzycy, gdzie roztacza się bardzo malowniczy teren, a spacerujący mogą podziwiać nadrzeczną florę i faunę. Podopieczni wspólnie z rehabilitantem i pielęgniarzką poruszają się po ścieżce dla pieszych wyznaczonej wzdłuż rzeki. Obok przebiega ścieżka rowerowa, po której porusza się następna grupa rowerzystów wraz z opiekunem. Spacerujący

pokonują odległość do 1,5 km, zaś rowerzyści trasę dłuższą – aż do pobliskiego Zalewu Zemborzyckiego.

Sala gimnastyczna

Sala dostępna jest dla podopiecznych codziennie 2–3 godziny, zajęcia odbywają się pod opieką rehabilitanta, który dobiera zestaw ćwiczeń dla domowników zgodny z ich możliwościami psychofizycznymi oraz celami zawartymi w IPPW-A. Osoby z zaburzeniami psychicznymi cechuje wzmożona podatność na stres oraz stany wzmożonej drażliwości z gotowością do słabo kontrolowanych reakcji (Wciórka, 2004). Praktycy dość powszechnie uznają stosowanie ćwiczeń fizycznych jako metodę „zdrowego” wyrażania czy wykorzystywania reakcji stresowej (Kuński, 2003, s. 125). Wśród wymienianych w literaturze sposobów radzenia sobie ze stresem występują ćwiczenia fizyczne różnego typu od gimnastyki, aerobiku do wyrafinowanych form aktywnego wysiłku. Prowadzone zajęcia na sali gimnastycznej stwarzają uczestnikom możliwość do rozładowywania napięć emocjonalnych w sposób akceptowany społecznie. Są one prowadzone w taki sposób, by aktywizować podopiecznych do podejmowania wysiłku fizycznego rozumianego jako „pracę mięśni szkieletowych, wraz z całym zespołem towarzyszących jej czynnościowych zmian w organizmie” (Kuński, 2003, s. 17). Dzięki wyposażeniu sali gimnastycznej w najwyższej klasy profesjonalny sprzęt fitness (rowery mechaniczne, step pery, wioślarz, bieżnia, trener, kołyski do ćwiczeń, skakanki, koła hula-hop, piłki, materace itp.) oraz sprzęt przeznaczony do wykonywania wysokiej jakości ćwiczeń siłowych (atlas, ławeczka, sztangi, hantle, gryfy, paski itp.) – możliwe jest aktywizowanie podopiecznych do podejmowania aktywności fizycznej, której celem jest rozładowanie napięć emocjonalnych, zmniejszenie nasilenia lęku i poprawy samopoczucia.

Aerobik

Aerobik polega na rytmicznym wykonywaniu ćwiczeń przy muzyce. Podczas zajęć podopiecznych motywuje się do wykonywania serii odpowiednio powiązanych układów choreograficznych, które są kombinacją kroków tanecznych i innych ćwiczeń ruchowych. Obejmują one: chód, bieg, skoki, ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha, bioder, pośladków, ramion oraz ćwiczenia rozciągające. Aerobik prowadzony jest przez rehabilitanta w każdy wtorek i trwa ok. 45 min. Zajęcia odbywają się na sali gimnastycznej. Uczestnicy wcześniej indywidualnie się na nie zapisują, a przed ich rozpoczęciem odbywają konsultacje z prowadzącym.

Choreoterapia

Według Polskiego Stowarzyszenia Choreoterapii psychoterapia tańcem jest techniką należącą do szerokiego nurtu arteterapii (terapii przez sztukę). Podstawowe elementy tańca – rytm i ruch stają się drogą do uzyskania harmonii ciała i umysłu, ułatwiają poznanie siebie i swoich emocji, a także porozumiewanie z innymi ludźmi (Koziełło, 1999). Choreoterapię można stosować w pracy z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychomotoryczne, zaburzenia psychiczne, trudności w kontaktach z ludźmi (Pędzich, 2009).

Badania prowadzone przez neurologów wskazują na dużą rolę układu siatkowego i limbicznego mózgu w percypowaniu muzyki (Hora, 1989, s. 49). Badania fizjologiczne potwierdziły też, że „rezultaty ruchu w tańcu są podobne do [...] objawów uzyskanych w stanie przyjemności”, gdyż uaktywniane są hormony odpowiedzialne za „uwalnianie energii i uzyskanie zadowolenia” (Koziełło, 1999, s. 73). Taniec posiada również właściwości ułatwiające koordynację nerwowo-mięśniową (Hora, 1989, s. 89), a także synchronizuje aktywność motoryczną z wewnętrznym rytmem (bicie serca, oddech) – co bezpośrednio prowadzi do fizjologicznej harmonii organizmu (Koziełło, 1997, s. 20). Dzięki odpowiednio dobranej muzyce można wpływać bezpośrednio na odczucia i emocje wywoływane u pacjenta. Reakcje wywołane w ten sposób potrafią być skrajne – od wzburzenia, poprzez głośny śmiech, aż do oczyszczającego płaczu (Koziełło, 1999, s. 73). Udział w zajęciach z choreoterapii pozwala podopiecznym przełamać bariery związane z nawiązywaniem kontaktów interpersonalnych, zwiększyć świadomość własnego ciała, odreagować skumulowane napięcia i stres, dodatkowo ukazuje ciekawe formy spędzania wolnego czasu.

Zajęcia z choreoterapii odbywają się raz w tygodniu i trwają jedną godzinę. Udział w zajęciach jest dobrowolny i poprzedzony wcześniejszymi zapisami. Zajęcia obejmują taniec, ćwiczenia muzyczno-ruchowe, improwizacje ruchowe do wybranej muzyki i są prowadzone przez wykwalifikowanego terapeutę z zakresu muzykoterapii.

Piknik „Aktywnie i Artystycznie”

„Aktywnie i Artystycznie” jest lokalną imprezą kulturowo-rekreacyjną przyjmującą formę pleneru malarskiego i zawodów sportowych, połączonych z poczęstunkiem, podsumowany wystawą poplenerową powstałą z prac uczestników spotkania. W ramach integracji zapraszani są uczestnicy z zaprzyjaźnionych ośrodków, niosących pomoc i wsparcie osobom z zaburzeniami psychicznymi. Piknik odbywa się cyklicznie co roku w czerwcu i realizowany jest w dwóch miejscach: na placu przed Środowiskowym Domem Samopomocy oraz na boisku

szkolnym będącym w sąsiedztwie ośrodka. W ramach pleneru realizowane są zajęcia plastyczne – rysunek, rękodzieło, formy przestrzenne. Do najczęstszych dyscyplin zawodów sportowych rozgrywanych na pikniku należą: turniej tenisa stołowego, rzut piłką do kosza, rzut piłką lekarską na odległość, skoki na skakance, przeciąganie liny.

Realizacja projektu „Aktywnie i Artystycznie” niesie za sobą wiele korzyści dla uczestniczących w nim osób. Zawody sportowe stwarzają okazję do rozładowywania napięć psychicznych w sposób akceptowany społecznie poprzez rywalizację w zawodach sportowych; wzmacniają integrację z ośrodkami wsparcia działającymi na rzecz niesienia pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi; rozwijają umiejętności społeczne poprzez nawiązywanie nowych kontaktów towarzyskich. Rozgrywki sportowe stwarzają możliwość wykształcenia inicjatywy własnej i wypracowania aktywności celowej skierowanej na osiągnięcie zamierzonych rezultatów; promują aktywność fizyczną jako formę pracy dostarczającą pozytywnych bodźców i wrażeń; ukazują uczestnikom alternatywne formy spędzania czasu wolnego w sposób aktywny; minimalizują skutki uboczne, towarzyszące często leczeniu farmakologicznemu.

Rola aktywności ruchowej w rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi

Podstawowym celem rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest ich usprawnienie fizyczne, emocjonalne i intelektualne, które jest niezbędne do poprawy funkcjonowania społecznego w środowisku (Florkowski, 2011). Ćwiczenia fizyczne, sport i rekreacja stanowią ważną składową terapii zaburzeń psychicznych. Na podstawie poczynionych obserwacji przez autora zaobserwowano u uczestników ŚDS poprawę sprawności fizycznej, co korzystnie wpłynęło na ich nastrój i samoocenę oraz kontakty z innymi ludźmi. W przypadku biernych podopiecznych zajęcia poprawiające sprawność ruchową zapobiegają spadkowi tej sprawności, zaś u chorych, u których sprawność ta uległa obniżeniu – jej przywracanie. Zajęcia ruchowe mają na celu zapobieganie utracie sprawności fizycznej i jej przywracanie. Urozmaicony sposób prowadzenia zajęć nie tylko usprawnia chorego, ale przez wprowadzenie zajęć grupowych powoduje nawiązanie więzi społecznych (Żarów, 2000). Dzięki gimnastyce można osiągnąć poprawę pracy narządów wewnętrznych, wzmocnienie układu mięśniowego, odprężenie nerwowe, można również usprawniać często ograniczone u chorych psychicznie przekazywanie informacji za pomocą gestu, mimiki, postawy ciała (Kuński, 2003). Zajęcia ruchowe proponowane są szczególnie pacjentom zahamowanym, zaś spowolniałym – aktywizujące. Natomiast pacjentom pobudzonym psychoruchowo stwarzają możliwość wyładowania wzmożonego napędu (Florkowski,

2011). Terapia ruchem ułatwia kontakty z ludźmi przez towarzyszące grupowej aktywności ruchowej ożywienie. Aktywność ruchowa pośrednio wpływa na poprawę nastroju, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, podniesienie samooceny oraz dążenia do rywalizacji.

Zakończenie

Z uwagi na kompleksowość oddziaływań terapeutycznych w rehabilitacji psychiatrycznej nie można zapominać o potrzebie aktywności ruchowej i jej wpływie na pozytywne samopoczucie osób przewlekle chorych. Treść artykułu skoncentrowała się na ukazaniu różnorodnych form aktywności fizycznej jako jednej z wielu niezastąpionych metod w leczeniu zaburzeń psychicznych. Autor zaprezentował sposoby realizacji rehabilitacji ruchowej realizowane w Środowiskowym Domu Samopomocy w Lublinie i ukazał ich walory terapeutyczne dla zdrowia psychofizycznego uczestników.

Bibliografia

- Bodarenko E. I., *Zastosowanie gimnastyki leczniczej w chorobach psychicznych o przebiegu przewlekłym*, [w:] M. M. Kabanow, W. M. Wołowik (red.), *Rehabilitacja chorych psychicznie*, PZWL, Warszawa 1974, s. 71.
- Ciałkowska M., Adamowski T., Kiejna A., *Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990–2007*, „Psychiatria Polska” 2009, nr 3, s. 313–322.
- Czechnicki A., *Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej” 2009, nr 2, s. 41–54.
- Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A., *Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi – definicje, przegląd badań*, „Psychiatria Polska” 2008, nr 4, s. 515–524.
- Faulkner G., Carless D., *Physical Activity in the Process of Psychiatric Rehabilitation: Theoretical and Methodological Issues*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2006, no 4, s. 258–266.
- Florkowski A., *Fizjoterapia w psychiatrii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- Hora Z., *Niektóre aspekty arteterapii w kompleksowym leczeniu rehabilitacyjnym w Szpitalu Rehabilitacyjnym w ZOZ dla Szkół Wyższych we Wrocławiu*, „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1989, nr 5, s. 49.
- Hora Z., *Cybernetyczna koncepcja choreoterapii*, „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu” 1989, nr 52, s. 89.
- <http://www.pfnw.eu/>
- Jarosz M., *Psychopatologia ogólna*, [w:] M. Jarosz (red.), *Podstawy psychiatrii*, PZWL, Warszawa 1988, s. 58.
- Karaś H., Pawełczak P., Stecka M., *Palenie tytoniu a ryzyko ponownej hospitalizacji u osób chorych na schizofrenię*, „Current Problems of Psychiatry” 2012, nr 4, s. 284–290.
- Kępiński A., *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2001.

- Koziello D., *Taniec i psychoterapia*, Instytut Historii i UAM, Poznań 1999.
- Koziello D., *Terapia tańcem*, „Kultura Fizyczna” 1997, nr 1, s. 20.
- Kuński H., *Trening zdrowotny osób dorosłych*, Medsportpress, Warszawa 2003.
- Liberman R. P., *Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*, „American Psychiatric Publishing” 2008, s. 588.
- McLeod H. M., Jaques S., Deane F. P., *Base Rates of Physical Activity in Australians with Schizophrenia*, „Psychiatric Rehabilitation Journal” 2009, no 4, s. 269–275.
- Meder J., *Trening umiejętności społecznych. Uwagi ogólne*, [w:] J. Meder (red.), *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 1996, s. 6.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r., Warszawa 2011, s. 3.
- Pędzich Z., *Psychoterapia tańcem i ruchem teoria i praktyka w terapii grupowej*, Arteer, Warszawa 2009.
- Rybakowski J., *Farmakologiczna profilaktyka chorób psychicznych*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria*, PZWL, Warszawa 2004, s. 557.
- Szczepańska-Gieracha J., Malicka I., Figuła M., Rymaszewska J., Woźniewski M., *Wpływ ośmiodniowego treningu nordic walking na jakość życia kobiet po mastektomii*, „Onkologia Polska” 2010, nr 2, s. 90–95.
- Wciórka J., *Psychopatologia ogólna*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 73.
- Wciórka J., *Psychozy schizofreniczne*, [w:] A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 270.
- Wojdylawska I., Zaborowski A., *Podstawy psychofarmakoterapii i innych metod leczenia biologicznego*, [w:] M. Jarosz (red.), *Podstawy psychiatrii*, PZWL, Warszawa 1988, s. 355.
- Żarów W., *Postawa chorych psychicznie wobec rehabilitacji ruchowej*, „Wiadomości Psychiatryczne” 2000, nr 1, s. 27–31.